

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

N^o

THÈSE 294

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'EXENTÉRATION DE L'UTÉRUS

APPLIQUÉE A LA

Cure des Fibromes de cet Organe

PAR

Gaston GARNIER

NÉ A REIMS (MARNE), LE 2 SEPTEMBRE 1886

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. le Professeur PAUL RECLUS

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1913

294

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1913

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'EXENTÉRATION DE L'UTÉRUS APPLIQUÉE A LA Cure des Fibromes de cet Organe

PAR

Gaston GARNIER

NÉ A REIMS (MARNE), LE 2 SEPTEMBRE 1886

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. le Professeur PAUL RECLUS

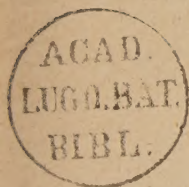
PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1913



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et chimie générale		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	(	WIDAL
Pathologie chirurgicale	(	TEISSIER
Anatomie pathologique		LEJARS
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
		GILBERT
Clinique médicale		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		CHAUFFARD
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GILBERT BALLET
Clinique des maladies du système nerveux		GAUCHER
		DEJERINE
Clinique chirurgicale		PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
 Agrégés en exercice		
MM.		
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI
BRINDEAU	GUENIOT	LÉPER
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX
CHÉVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT
CLAUDE	TINE	OKINCZYC
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE
		PROUST
		RATHERY
		RETTERER
		RICHAUD
		ROUSSY
		ROUVIERE
		SCHWARTZ
		SICARD
		TERRIEN
		TIFFENEAU
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR MARION

Chirurgien de l'Hôpital de Tonnerre

*Puisse ce modeste travail lui
prouver ma grande affec-
tion et ma reconnaissance
pour tout ce que je lui dois.*

A MA BONNE MÈRE

Hommage de piété filiale.

A MA CHÈRE PETITE SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A mes Maitres d'Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière (1908-1909)

Monsieur le Docteur PIERRE DUVAL

Professeur agrégé

Assistant à la consultation de Chirurgie de Cochin (1909)

Monsieur le Docteur LEGRY

Professeur agrégé

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine (1909-1910)

Monsieur le Docteur APERT

Médecin de l'Hôpital Andral (1910)

Monsieur le Docteur NETTER

Professeur agrégé

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Trousseau (1910-1911)

Monsieur le Docteur HUDELO

Médecin de l'Hôpital Broca (1911)

Monsieur le Professeur PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique obstétricale et de Gynécologie

Clinique Baudelocque (1911-1912)

Monsieur le Docteur DENY

Médecin de la Salpêtrière (1912 - 1913)

A mes autres Maitres dans les Hôpitaux

**MM. les Docteurs SIREDEY, RICARD, LEGENDRE,
PAUL MATHIEU.**

INTRODUCTION

A la fin de nos études médicales, il nous est bien doux et bien agréable de remercier très sincèrement tous nos maîtres des hôpitaux de Paris.

Auprès de tous nous avons trouvé un accueil affectueux, et nous leur en garderons à tout jamais une grande reconnaissance.

M. le Docteur CHAPUT prit la peine de nous inculquer les premières notions de chirurgie et nous sommes fier d'avoir pu, par la suite, être son externe pendant un an. En nous fournissant le sujet de cette thèse il nous a donné une fois de plus une preuve de l'intérêt qu'il nous porte, nous voudrions qu'il soit bien assuré de notre profonde gratitude et de notre entier dévouement.

Nous allons donc, sur ses conseils, essayer de décrire une opération qu'il pratique fréquemment dans son beau service de l'hôpital Lariboisière : l'exentération de l'utérus fibromateux.

Après quelques considérations générales sur l'anatomie macroscopique et les traitements classiques des fibromes, nous passerons rapidement en revue, en les commentant, les procédés actuellement le plus employés pour l'ablation de ces tumeurs, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale totale et subtotale, et l'énucléation abdominale.

Puis, nous tâcherons de mettre en relief les particularités de la technique spéciale de l'exentération, ses indications, ses contre-indications, et les avantages qu'on peut en attendre.

Cet exposé nous permettra de nous expliquer sur ce mot d'exentération appliqué à l'utérus.

Les observations mentionnées dans cette thèse, sont des exemples de cette opération, et après les avoir discutées, nous pourrons formuler de courtes conclusions en faveur de l'exentération.

Considérations sur l'anatomie macroscopique des fibromes utérins

Quelle que soit la valeur des théories émises pour éclaircir la pathogénie des fibromes utérins on n'a pas encore pu déceler l'origine de cette affection. Quoi qu'il en soit, nous devons les considérer comme des néoplasmes dont la structure fibreuse et musculaire rappelle celle du tissu utérin lui-même. Ce sont des tumeurs bénignes, c'est-à-dire non susceptibles de se généraliser et d'infecter l'économie.

Les corps fibreux sont séparés du parenchyme même de l'utérus par une zone lamelleuse de tissu cellulaire lâche, leur formant une sorte de *capsule* ou de *lit* dont on peut généralement les extraire sans grand effort.

Ils peuvent siéger sur le corps ou sur le col de l'utérus, à la face antérieure, à la face postérieure ou sur les bords de l'organe. Ceux du corps sont les plus fréquents, leur nombre comme leur volume est très

variable ; mais le plus souvent il y a une grosse tumeur et trois ou quatre plus petites ; parfois il n'y en a qu'une plus ou moins volumineuse, ou bien on a un utérus qui est comme beurré de fibromes petits et nombreux, ou encore ils peuvent être peu nombreux et de volume moyen. A ces divers genres de fibromes ajoutons que parfois on peut rencontrer un utérus généralement fibromateux, où on ne peut déceler exactement de tumeur circonscrite.

La situation du néoplasme relativement aux diverses tuniques de l'utérus permet de les classer de la façon suivante :

1° fibromes sous-muqueux :

Selon la forme de la tumeur et les rapports qu'elle affecte avec la muqueuse, on peut distinguer :

A) Les sous-muqueux tangents qu'on perçoit au palper mais qui ne se révèlent pas à la vue.

B) Ceux qui bombent dans la cavité, soulevant la muqueuse en forme de calotte hémisphérique plus ou moins parfaite.

c) Sous-muqueux sessiles, à pédicule large et court.

d) Sous-muqueux à pédicule long et grêle, ou polypes.

2° Fibromes interstitiels occupant l'épaisseur du parenchyme musculaire.

3° Fibromes sous-péritonéaux comme pour les fibromes sous-muqueux ils seront :

A) Tangents à la séreuse.

B) Hémisphériques.

C) Sous-séreux sessibles, à pédicule large et court.

D) Sous-séreux, à pédicule long et étroit.

Il n'est pas rare d'ailleurs de rencontrer sur un même utérus fibromateux plusieurs de ces variétés réunies.



Considérations sur le traitement des fibromes de l'utérus

1. — Indications opératoires

S'il est des cas où une femme supporte bien un petit fibrome, si même la tumeur peut régresser à l'occasion d'une grossesse surtout si la mère allaite (PINARD) ou après la ménopause en suivant l'atrophie sénile de l'utérus, il en est qui durcissent en subissant la calcification (formant ainsi les *pierres utérines* signalées déjà par HIPPOCRATE), d'autres qui se ramollissent par dégénérescence amyloïde, colloïde, kystique. Certains peuvent subir la dégénérescence cancéreuse ; il en est qui peuvent subir la suppuration ou la mortification septique ou aseptique les fibromes compliquent aussi bien souvent la grossesse et l'accouchement. Mais laissons ces faits exceptionnels, n'envisageons que l'évolution des fibromes utérins qu'on rencontre journellement dans la pratique chirurgicale et dont presque chacun des symptômes est

une indication opératoire : La femme porteuse d'un fibrome est sujette à des hémorragies abondantes et répétées, ménorragies ou métrorragies ; à une leucorrhée souvent très marquée ; à des douleurs consistant la plupart du temps en sensations de pesanteur et de tiraillements lombaires et en névralgies lombéo-abdominales parfois très vives ou sciatiques par compression des plexus sacrés.

Les phénomènes de *compression* sont très importants, que le fibrome soit fortement enclavé dans le petit bassin ou qu'il se développe dans la cavité abdominale : du côté de la vessie on observe de la dysurie, et des troubles vésicaux analogues à ceux des véritables cystistes ; du côté du rectum, une constipation rebelle cause de coprémie. La compression des uretères est fort grave, par l'hydronéphrose et même la pyélite ou la pyelonéphrite qu'elle détermine. Quant aux annexes, comprimées, elles deviennent fréquemment le siège de salpingite, pyosalpinx ou hématosalpinx, et d'ovarite chronique. Enfin, et particulièrement dans le cas de grosses tumeurs abdominales, la gêne apportée à la circulation sanguine détermine des hémorroïdes, varices, phlébites, œdèmes des membres inférieurs ; le cœur se fatigue, notamment le cœur gauche qui se dilate, s'hypertrophie et peut même subir l'altération graisseuse ou l'atrophie brune du myocarde.

Traitements classiques

Traitements médicaux

Ils ne peuvent être que symptomatiques. Les uns : ergot de seigle, extrait fluide d'*hydrastis canadensis*, *hamamelis virginica*, *viburnum prunifolium*, *pis-cidia erythrina*, stypticine, antipyrine, rendent quelques services par leur pouvoir hémostatique. D'autres, phosphore et arsenic relèvent l'état général ; on s'accorde aussi à leur reconnaître le pouvoir de provoquer la dégénérescence graisseuse de la tumeur.

Le bromure de potassium, à faible dose et pris pendant longtemps peut agir sur les douleurs.

Howitz a préconisé la succion ou l'aspiration des seins qui provoque des contractions utérines, fait admis par tous les accoucheurs.

Le repos, les irrigations chaudes à l'eau oxygénée, ou avec une solution aqueuse de gélatine sont à recommander.

Les malades qui pourront faire une cure à Salies-de-Béarn, Salins du Jura verront souvent leur état local et général très amélioré.

Traitement électrique

L'électricité enfin a rendu aussi de grands services en cas d'hémorragies, ou au voisinage de la ménopause ou en cas de tumeur très petite et chez les cachectiques. On a employé successivement le courant galvanique, la galvano-puncture ; MARTIN introduisant dans l'utérus une sonde reliée au pôle positif faisait traverser l'organe par un courant interrompu d'une façon rythmée. APOSTOLI agissait d'une façon analogue par son procédé de « galvano-caustique chimique intra-utérine ». DANION employait une méthode basée sur le renversement fréquent du courant.

Traitement radiothérapique

Très employé à l'étranger, le traitement radiothérapique l'est beaucoup moins en France. Il nécessite l'application répétée tous les 7 jours, pendant des mois, des rayons X qui ne sont pas sans dangers. Certaines malades en cours de traitement ont préféré recourir au chirurgien car la « castration sèche demande des mois et souvent est inefficace contre les douleurs et les métrorragies. Elle peut faire regresser certaines tumeurs, mais ne les fait pas dis-

paraître. Contre-indiquée avant 35 ans et après la ménopause, en cas de lésions annexielles la radiothérapie rend surtout service au médecin qui doit soulager un malade qu'effraie trop une intervention chirurgicale.

Traitements chirurgicaux palliatifs

Quant aux traitements chirurgicaux palliatifs : réduction de la tumeur enclavée, dilatation hémostatique du col, curettages suivis d'injections intra utérines au perchlorure de fer, à l'eau oxygénée, ou d'attouchements à la teinture d'ode, à l'acide chromique, au chlorure de zinc, etc. ; ce sont des moyens infidèles.

Les ligatures atrophiantes pratiquées par le vagin ou l'abdomen visant la suppression de la circulation sanguine dans l'utérus sont insuffisantes en général et ne sont guère employées.

La castration ovarienne provoquant une ménopause artificielle eut du succès, il y a une vingtaine d'années.

Mais tous ces traitements ont dû céder le pas à l'ablation chirurgicale totale de la tumeur.

Il nous reste donc, à étudier les procédés actuellement préconisés : hystérectomie vaginale, hystérectomie abdominale totale ou subtotal, et enfin la myomectomie abdominale ou énucléation des fibromes utérins par la voie abdominale.

L'hystérectomie vaginale

Réalisée pour la première fois par SAUTER DE CONSTANCE (1822), tentée ensuite par RÉCAMIER en 1829, puis par CZERNY (1878), elle fut d'abord réservée à l'ablation des cancers du col. Puis, avec PÉAN, SÉGOND, RICHELOT, DOYEN, POZZI, MULLER, QUÉNU, J.-L. FAURE, l'hystérectomie vaginale, opération bien réglée, fut appliquée systématiquement au traitement des annexites et des fibromes.

Cette opération, généralement facile à exécuter, esthétique, pratique pour des tumeurs bas situées particulièrement chez les femmes obèses, n'exposant pas aux éventrations, plus rapide que la laparotomie exposait moins les malades au schock opératoire, chose appréciable dans le cas de femmes anémiées, débilitées par leurs métrorragies, ou de femmes dont l'appareil respiratoire comme l'état général étaient défectueux.

Cependant la vogue de cette opération ne persista pas. On peut en effet rencontrer des difficultés du fait d'une malformation ou de l'étroitesse du vagin ; l'utérus peut être friable, fixe, la tumeur peut être parfois énorme, avoir contracté des adhérences avec les organes voisins (on a signalé des fibromes auxquels l'appendice était accolé). Ce procédé, malgré tout un peu aveugle, expose aux hémorragies, particulièrement graves si elles sont dues au déclanchement de l'un des clamps assurant l'hémostase.

Comme complications relevées au cours de l'opération, on note la blessure de l'uretère qui peut être sectionné ou encore lésé par pincement, la blessure de la vessie, du rectum, de l'intestin grêle ; et surtout la grande cause de mortalité est la péritonite septique, car le péritoine est mis à nu sur une large surface en contact avec le voisinage de la flore vaginale. Le sphacèle des pédicules expose aux accidents septiques. Nous sommes en droit de lui reprocher d'avoir sacrifié bien des utérus encore capables de remplir leurs fonctions.

Les statistiques publiées donnent les renseignements suivants.

RICHELOT relève 1.369 hystérectomies vaginales avec 63 morts soit 4,6 o/o.

POZZI, sur 1.043 cas, note 48 morts soit 4,6 o/o.

HARTMANN, dans les statistiques les plus récentes, note 4,1 o/o de décès.

Mentionnons l'hystérectomie par la voie paravaginale, la voie sacrée, procédés fort peu employés.

L'hystérectomie abdominale

Tous les chirurgiens modernes, on peut le dire, ont pratiqué l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins. Il ne nous appartient pas de discuter tous les procédés imaginés, les modifications apportées par presque chaque opérateur et presque aussi pour chaque cas. Au début, KÆBERLÉ et PÉAN (1870),

ALBERT, de Vienne (1878), après avoir enlevé de l'abdomen l'utérus et ses annexes, pratiquaient le traitement externe du « moignon utérin », c'est-à-dire que, fixé dans la plaie de la paroi abdominale antérieure, par un fort lien, extensible ou non, par des broches aussi, ce moignon se sphacélait à l'extérieur et tombait dans le pansement ; c'était là un moyen indiqué pour éviter la redoutable péritonite aiguë post-opératoire. Dans la suite, des chirurgiens plus hardis réussirent à réduire le moignon utérin dans la cavité abdominale sans voir mourir leurs opérées ; certains fixaient ce moignon à la partie profonde de la paroi abdominale antérieure, par un procédé analogue à celui de WOLFLER et de von HACKER (1885). Les travaux de PÉAN (1886), MARTIN, en Allemagne (1890), DELAGENIÈRE (1894), DOYEN (1896), RICHELLOT (1897), SEGOND (1897), TERRIER, HOWARD et KELLY en Amérique (1900), J.-L. FAURE et POZZI ont contribué à faire de l'hystérectomie une opération couramment effectuée avec succès. Elle peut se faire selon deux procédés : dans l'hystérectomie totale on enlève tout l'organe, corps et col, dans la subtotalé on laisse une partie du col utérin.

Les avantages qu'on s'accorde à reconnaître à l'hystérectomie abdominale, c'est l'assurance où l'on est d'enlever tout l'organe malade, car à travers l'incision abdominale le chirurgien peut voir l'utérus tout entier, il peut pallier aux complications signalées comme contre-indications à l'hystérectomie vaginale. On a pu ainsi enlever des fibromes énormes. Avec

l'asepsie et une technique simplifiée, assurant surtout une hémostase parfaite, l'hystérectomie abdominale, totale ou subtotale est une bonne opération que l'on emploiera avec avantage dans les cas d'utérus bourrés, corps et col, de fibromes, ou bien quand ces fibromes sont gangrenés, quand les annexes sont malades, en un mot quand on ne peut espérer conserver à la femme son utérus.

RICHELOT et CHAPUT ont reproché aux partisans de l'hystérectomie subtotale, de laisser un moignon cervical capable de dégénérer en cancer, mais d'autre part, Pierre DUVAL, TÉMOIN, BAZY, ont signalé des cas d'épithéliomas apparus sur la cicatrice vaginale d'hystérectomies abdominales totales.

Quoi qu'il en soit, c'est une opération sinon grave, du moins sérieuse, exposant la malade au shock opératoire et aux hémorragies ; l'utérus, organe de la gestation et de la menstruation est sacrifié ; on supprime brusquement cet organe si important qu'il a motivé la formule « *Tota mulier in utero* ». A la suite des castrations ainsi réalisées, on observa chez les opérées des troubles si graves, que les chirurgiens durent reconnaître la nécessité de laisser, dans la mesure du possible, au moins une partie d'un ovaire, organe à sécrétion interne.

L'étude des statistiques de cette opération donne (POZZI) :

1.051 totales .	108 morts, soit 10,2 o/o.
1.120 subtotaies	71 morts, soit 6,3 o/o.

HARTMANN relève 268 opérations avec 11 décès, soit 4,1 o/o.

L'étude des statistiques récentes donne pour l'hystérectomie totale : 6,6 o/o de mortalité ; pour l'hystérectomie subtotale, 2,61 o/o.

Tous les graves inconvénients de l'hystérectomie abdominale comme moyen de traitement des fibromes, tumeurs bénignes, devaient amener à chercher un procédé conservateur ; on en proposa plusieurs.

Opérations conservatrices

Elles sont exposées et discutées dans la thèse très documentée de DARTIGUES. Mentionnons : la *polypectomie vaginale* ; elle respecte l'utérus, et avec la menstruation, laisse la possibilité de la fécondation, mais elle ne peut être pratiquée que pour les polypes seulement.

La *myomectomie ou énucléation vaginale* avec ou sans morcellement, fut imaginée par AMUSSAT, en 1840. Elle eut peu de succès, malgré les résultats de BOYER, BÉRARD, MAISONNEUVE et LISFRANC. Elle en eut beaucoup plus à l'étranger, notamment en Amérique. La thèse d'agrégation de M. le P^r POZZI (1875), lui rendit une vogue passagère. On pratique avec des succès divers, l'hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale, l'hystérotomie médiane antérieure par la voie vaginale, myomectomie transvaginale par incisions para-utérines ou colpotomiques,

par voie utérine. Ces diverses opérations n'ont actuellement plus guère d'intérêt, elles sont aveugles, exposent aux hémorragies et à l'inversion utérine : la laparotomie est le meilleur moyen d'examiner à coup sûr l'utérus fibromateux et l'état des annexes ou des tissus voisins.

Les opérations conservatrices par la voie abdominale ont été d'abord tentées pour l'ablation de fibromes péritonéaux pédiculés : c'est la *potypercentomie abdominale* qu'on peut réaliser par section ou par torsion du pédicule s'il est petit, ou par section au bistouri ou aux ciseaux de ce pédicule, s'il est large et épais.

Enfin, arrivons à l'opération des fibromes interstiels, sous-muqueux et sous-péritonéaux par incision trans-utérine ou *énucléation abdominale*. Elle fut d'abord effectuée involontairement et sans succès par des opérations incomplètes et timorées, basées sur un diagnostic faux ou incertain (LIZARS, 1825, DIERFENBACH, 1826). En 1843, CLAY et HEATH, en 1853, BURNHAM ont préconisé « l'amputation partielle de l'utérus ». C'est en 1863 que SPENCER WELLS fait pour la première fois, de propos délibéré, l'énucléation d'un fibrome utérin par la voie abdominale.

La communication en 1878, que fit MARTIN (de Berlin) au congrès de Cassel, mit cette opération en relief et en 1893, il put en publier 141 observations. Depuis, de toute part à l'étranger on publie observations et statistiques.

En France ce procédé conservateur n'est pratiqué qu'assez tard. VAUTRIN (1886) le signale dans sa thèse. JABOULAY le pratique à Lyon en 1889, sur une malade porteuse de 9 fibromes interstitiels. BOUILLY en 1890 fait connaître à la société de chirurgie de Paris ses travaux personnels. En 1891, CHEVRIER, d'Ottawa (Canada) élève de Doléris, cite six succès pour six opérations pratiquées par son maître. Le 4 mars 1896, à la société de chirurgie, TÉMOIN de Bourges relate 30 cas de fibromes extirpés en laissant la presque totalité de l'utérus, avec 29 guérisons.

En 1897 M. le Pr Pozzi, consacre à l'énucléation abdominale un long chapitre de son traité de Gynécologie. A la société de chirurgie, TUFFIER et RECLUS s'élèvent contre l'ablation totale de l'appareil génital interne, en même temps que JAYLE montre les effets physiologiques de la castration ovarienne.

Depuis lors, les travaux de MONTPROFIT (d'Angers) LABADIE-LAGRAVE et LEGEU (traité de Gynécologie), PAUCHET d'Amiens, RICARD (thèse de Mlle Gunsbourg), TUFFIER, qui fit de nombreuses publications et inspira les thèses de Zwibel et de Loubet, ont contribué à faire de l'énucléation des fibromes utérins une opération classique dont la technique peut se résumer ainsi : La veille de l'opération la malade est purgée, le vagin et la paroi abdominale sont nettoyés, l'utérus est dilaté par une tige de laminaire. Puis, au moment de l'opération, la malade étant anesthésiée, la cavité utérine est curettée (TUFFIER) ou non (TÉMOIN, MONTPROFIT).

On pratique alors la laparotomie médiane sous ombilicale : la longueur de l'incision est variable selon le volume présumé de la tumeur. L'utérus fibromateux, isolé sur un lit de compresses est attiré au dehors : on l'examine ainsi que les tissus et organes voisins. Pozzi recommande alors d'enserrer le col utérin par un lien élastique comprimant provisoirement les vaisseaux pour assurer l'hémostase pendant l'opération : Tuffier se passe de cette manœuvre, il fait une incision linéaire sur la ligne médiane « avasculaire » de la paroi antérieure. La capsule ouverte, on d'écortique la tumeur avec une spatule ou avec les doigts, et à l'aide de crochets en harponne et on extrait la masse fibromateuse.

La cavité occupée par le fibrome se rétracte d'elle-même. On est étonné de voir la rétraction parfois considérable d'une très grande cavité. C'est là une circonstance précieuse, car cette force de rétraction non seulement peut énucléer en partie le fibrome dans certains cas favorables, mais elle suffit bien souvent, ou en tous cas elle contribue à assurer l'hémostase de cette plaie utérine.

L'opération est presque terminée ; il reste à suturer l'utérus : dans un premier temps on procède à la suture musculuse au catgut, à points séparés ; dans un deuxième temps, on suture la séreuse. On pose un drain abdominal et on refait la paroi. RICARD, pour assurer un bon drainage recommande l'ouverture systématique de l'utérus. En réalité, les chirurgiens sont d'accord pour ne l'ouvrir que si le besoin

s'en fait sentir pour placer un drain vaginal remontant dans la cavité de l'utérus. En cas de fibromes multiples, même situés dans les cornes utérines, une incision sur la partie la plus saillante de chacune de ces tumeurs permet de répéter l'opération décrite, et, de fait, les chirurgiens ont ainsi énucléé 4-8-12 et même (TUFFIER) 17 fibromes sur un utérus. Les soins consécutifs n'ont rien de bien spécial, la malade n'est que peu choquée ; le drain abdominal est enlevé au bout de 2 ou 3 jours, le drain vaginal au cinquième jour ; la malade sort du service le 20^e jour généralement.

Telle est à l'heure actuelle l'opération courante de l'énucléation des fibromes.

La méthode que nous préconisons rallie tous ses avantages, pare aux inconvénients qu'on a pu lui reprocher ; aussi, pour éviter des répétitions, après avoir exposé la technique employée par notre maître : M. CHAPUT, nous discuterons les avantages et les inconvénients, les indications de ces méthodes.

Mentionnons simplement les renseignements brutaux fournis par les principales statistiques parues.

FERENDINOS : 200 opérations, 9 morts, 14 grossesses, 4 récidives ;

OTTO ENGESTRÖM : 108 opérations, 9 grossesses :

ZUIBEL : 562 opérations, 4 récidives, 18 grossesses.

LOUBET ; 34 opérations, 4 morts ;

TÉMOIN ; 109 opérations, 4, 1 0, 0 morts, 5 grossesses ;

Winter ; 451 opérations, 4 morts, 3 grossesses ;

MARTIN : 96 opérations, 18 morts ;

GRAF ; 30 opérations, 1 grossesse.

Technique de l'Exentération

Préparation de la malade

L'avant veille de l'opération, la malade aura été baignée et purgée.

La veille au soir, on lui administre un lavement ; on rase et on savonne la vulve ; on donne une injection vaginale à l'eau oxygénée : l'abdomen est lavé à l'eau savonneuse, puis à l'alcool et à l'éther.

Anesthésie lombaire

La technique, bien réglée par M. CHAPUT est très simple. Elle nécessite une aiguille en acier nickelé longue de dix centimètres, à biseau long sans trou latéral et d'un diamètre de 14/10 de millimètres : à cette aiguille est adjoint un mandrin arrivant à l'extrémité pointue, sans la dépasser ; un petit verre gradué de 20 centimètres cubes, muni d'une anse métallique permettant de le suspendre à l'aiguille ; une

solution de novocaïne à quatre pour cent, qu'il est bon d'avoir en ampoules de trois centimètres cubes, et enfin une seringue de Luër de 2 centimètres qu'on remplit avec la solution.

La région de la colonne lombaire est lavée au savon, à l'alcool et à l'éther ; on repère les crêtes iliaques, et au-dessus de la ligne qui les joint, on choisit l'apophyse épineuse la plus saillante. Chez les femmes très grosses dont il est difficile de sentir les apophyses épineuses, on incise la peau qu'on anesthésie par un jet de chlorure d'éthyle et on arrive ainsi à sentir l'apophyse. Se reportant alors à un centimètre en dehors et à un centimètre en haut, on pique profondément jusqu'à avoir la sensation qu'on creve une membrane élastique ; ce sont les méninges, et le liquide céphalo-rachidien s'écoule plus ou moins vite selon qu'on recommande ou non à la femme de tousser. Si le liquide ne coule pas, l'aiguille peut être bouchée par un caillot ou un fragment de graisse, d'où l'utilité du mandrin.

On recueille 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et on injecte les 2 centimètres cubes de solution de novocaïne, soit : huit centigrammes.

Si l'on a dû inciser la peau pour repérer l'apophyse épineuse, on la suture par un point intradermique (indolore) au catgut.

L'anesthésie est parfaite, elle n'expose pas les malades au shock ni aux vomissements si gênants au cours d'une laparotomie, elle n'altère ni le foie, ni

les reins, ni les poumons, et en conservant l'intégrité de ses organes, la malade peut mieux résister à l'infection.

Depuis qu'on l'emploie, la mortalité post-opératoire a bien diminué.

L'OPÉRATEUR et un aide sont suffisants. Inutile d'attirer l'attention une fois de plus sur les « gants de Chaput ».

INSTRUMENTS. — Ce sont ceux qu'on trouve dans toutes les opérations : un bistouri, une paire de ciseaux, un écarteur abdominal de Doyen, une sonde cannelée, quelques pinces hémostatiques pour la paroi, deux grandes pinces érigées de Segond, une aiguille courbe (Reverdin ou Doyen), plus un jeu de bougies de Hégar.

Incision de la paroi abdominale

Le ventre a été lavé au savon, à l'alcool et à l'éther ; la malade est en légère position déclive. On incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sur la ligne médiane ; l'incision aura une longueur en rapport avec la grosseur présumée des fibromes.

Incision par a-médiane du muscle grand droit de l'abdomen par dissociation des fibres musculaires avec un instrument mousse. Le péritoine et la gaine postérieure du grand droit sont ponctionnés à la sonde cannelée puis insicés aux ciseaux.

L'hémostase est assurée au fur et à mesure qu'un

petit vaisseau saigne par forcipressure et ligature au catgut.

Par ce procédé d'ouverture de la paroi, on évitera l'éventration ultérieure.

Examen de l'utérus

Le fond de l'utérus bien mis en évidence par l'écarteur de Doxey est saisi par la pince érigée à quatre mors. On peut ainsi le basculer en tous sens, reconnaître les fibromes apparents et l'état des tissus voisins. On isole cet utérus du ventre par quatre grandes compresses: l'une supérieure protège les anses intestinales, les deux latérales protègent le bassin; la quatrième est introduite dans le Douglas pour absorber le sang.

Incision de l'utérus

Elle porte sur la face antérieure: c'est une incision elliptique, ou en cône de melon qui doit enlever, dans sa partie la plus large, le tiers de la largeur de la face interne. L'incision de la paroi antérieure de l'utérus peut saigner abondamment et même avec des jets artériels: on fera l'hémostase provisoire en comprimant les lèvres saignantes avec des pinces érigées à quatre pointes.

Ablation des fibromes

Ici, selon le siège ou la forme anatomique des fibromes, la conduite à tenir est variable.

1°) *Fibromes de la paroi antérieure.* — Tous, quels qu'ils soient peuvent être enlevés par cette incision unique. Mais bien souvent on n'aura pas besoin d'aller plus loin et l'opération se terminera sans ouverture de la muqueuse. L'exentération est alors analogue à une simple énucléation classique ; elle en diffère par ce fait que si l'on a trois ou quatre masses fibromateuses, on peut les enlever sans faire trois ou quatre incisions à la surface de l'utérus.

2°) *Fibromes de la paroi postérieure.* — Sauf ceux qui sont pédiculés, ils seront enlevés par le procédé suivant : on ouvre la cavité utérine, puis on incise la muqueuse de la face postérieure à l'endroit de la tumeur et on réalise ainsi une énucléation à rebours.

3°) *Fibrome des cornes, fibrome supra-vaginaux* seront ainsi enlevés.

4° Il est compréhensible qu'à travers l'ouverture utérine rien n'est plus facile que d'enlever les *polypes du corps* par la simple section du pédicule.

5° *Fibrome non encapsulé* ou l'énucléation est impossible : on devra alors réséquer au bistouri tous les tissus qui augmentent l'épaisseur normale des parois de l'utérus.

6° *Utérus fibromateux*, c'est-à-dire un utérus très augmenté de volume par le processus fibromateux sans qu'on puisse y trouver de masse plus ou moins nette : Il faudra, par la résection du $\frac{1}{3}$ de la face antérieure, et au besoin, en réséquant encore une partie de la face postérieure, sculpter en quelque sorte l'utérus, jusqu'à lui rendre un volume et une forme normales.

7° *Fibromes sous-péritonéaux pédiculés concomitants*. — S'il est vrai qu'un fibrome sous-séreux n'est guère justiciable de l'exentération, il faut reconnaître aussi que bien rarement il est seul sur l'utérus. Quoiqu'il en soit, après l'exentération, ou simplement si on a simplement à faire à un fibrome sous-péritonéal, on fera une incision circulaire à l'équateur de la tumeur qu'on énucléera facilement et on liera en masse le pédicule.

Toilette de la cavité utérine

Inutile le plus souvent en cas de tumeur unique, elle consiste à enlever aux ciseaux les lambeaux flottants qui se forment après l'ablation d'une capsule adhérente ou surtout lorsque plusieurs fibromes se touchaient presque et n'étaient séparés que par une mince couche de tissu utérin plus ou moins vouée désormais à la mortification.

A ce moment aussi, on peut, si on le juge nécessaire, et c'est indiqué en cas de métrite ou de fibrome suppurant, curetter la cavité utérine par l'abdomen.

Dilatation du col

Elle se fera de haut en bas avec un jeu de bougies de Hégar, pour obtenir une dilatation suffisante au passage d'un drain vaginal en caoutchouc, dont l'extrémité supérieure arrive dans la cavité utérine : Le drain est fixé à la paroi utérine avec un catgut.

Nous tenons à insister sur ce fait que la dilatation du col n'est faite qu'au cours de l'opération, ainsi que le curettage, c'est-à-dire si l'on juge ces manœuvres nécessaires.

Drainage

En plus du drain utéro-vaginal introduit comme nous venons de voir, on place deux autres drains dans l'utérus : l'un à l'extrémité supérieure de l'incision utérine, l'autre, à l'extrémité inférieure. Ces drains s'ouvrant au ras de la paroi abdominale, on les arrête avec une grosse épingle double. On enlève alors les diverses érigues qui ont réalisé l'hémostase provisoire ; si l'hémorragie continue on l'arrêtera par une suture au catgut en surjet, d'après la technique préconisée par M. CHAPUT.

Traitement de l'ouverture utérine

Selon que l'utérus était plus ou moins volumineux, et qu'on a dû faire une incision utérine plus ou moins longue, on passera à la surface de l'utérus

quatre ou six points en U au catgut n° 2 ; le point supérieur passant au-dessus de l'empreinte laissée par la pince érigne, le point inférieur passe au-dessous de l'incision utérine ; les points latéraux sont parallèles à cette incision. Ces points de suture, réunis au péritoine pariétal, ferment à la fois l'utérus et réalisent du même coup l'hystéropexie.

Réfection de la paroi

M. CHAPUT emploie un procédé fort simple. Le péritoine est soigneusement fermé par un surjet au catgut au-dessus de la suture de l'utérus à la paroi. Le reste de la paroi abdominale, muscles, aponévroses, tissu cellulo-graisseux et peau, est suturé en masse avec une soie spécialement fabriquée par MM. ROBERT et CARRIÈRE sur les indications de M. CHAPUT. C'est un fil formé de soie effilée non tressée, et noyée dans la cellulose. Cette soie, décrite à la société de Chirurgie (mai 1913) offre les avantages de la soie ordinaire (souplesse) et n'en a pas les inconvénients (production d'abcès).

Pansement

Après la réfection de la paroi, on procède au pansement. C'est celui de toute laparotomie jusques et y compris le bandage de corps.

Soins consécutifs

Pendant les deux jours qui suivent, on verse doucement, à l'aide d'un petit verre un peu d'eau oxygénée dédoublée dans les drains abdominaux. Cette eau s'écoule par le drain vaginal, en entraînant les caillots et sécrétions utérines.

Au bout de quarante-huit heures, on enlève les drains, à moins que la sécrétion utérine ne soit très abondante ou fétide ou qu'il y ait de la fièvre : dans ce cas, on laisserait les drains jusqu'à la disparition complète de ces phénomènes.

A partir du huitième jour, la femme reçoit quotidiennement une injection vaginale à l'eau oxygénée, et sort du service, guérie du vingtième au vingt-cinquième jour.

Nous avons pu retrouver toutes les femmes opérées par ce procédé ; elles sont toutes actuellement contentes du résultat obtenu ; la plupart sont maintenant normalement réglées ; elles ont repris leurs occupations ou sont encore en convalescence.

Indications de l'exentération

Indications selon l'âge de la femme

Chez les femmes jeunes, que l'instinct pousse à la maternité et que l'hystérectomie totale rendrait véritablement infirmes, on a la satisfaction de leur conserver un utérus apte à toutes ses fonctions.

Chez les femmes âgées, qui supportent mal les opérations, l'exentération est beaucoup mieux supportée et beaucoup moins choquante que l'hystérectomie subtotale ou totale ; c'est sur des femmes âgées que M. CHAPUT a fait ses premières exentérations.

La bénignité de cette opération est due à l'absence de sections vasculaires et nerveuses, à l'absence de ligatures du ligament large et des manipulations du Douglas.

Chez les femmes d'âge moyen, cette opération peu grave leur permet d'avoir leurs règles et une ménopause naturelle, physiologique.

Indications d'ordre anatomique

Tandis que l'énucléation ne s'adresse qu'aux fibromes sous-péritonéaux ou interstitiels, rarement aux fibromes sous-muqueux, tandis qu'elle peut laisser ignorer au chirurgien les petits fibromes du corps sous-muqueux, et ceux du col, (d'où récidives) l'exentération au contraire, par la large incision pratiquée à la face antérieure de l'utérus, permet de découvrir tous les fibromes possibles, et comprendra dans ces indications :

tous les fibromes de la paroi antérieure ;

tous ceux de la paroi postérieure et des bords de l'utérus, sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux ;

les fibromes du col, supra-vaginaux antérieurs ou postérieurs ;

les polypes qu'on ne pourrait extraire d'un utérus non abaissable, à travers la filière d'un vagin trop étroit ;

les myomes sous-péritonéaux sessiles.

Cette opération est encore indiquée pour des fibromes énormes du corps utérin quels qu'ils soient, et même en cas d'annexite concomitante on pourra enlever la portion malade en respectant les parties saines.

Enfin en cas d'utérus fibromateux sans tumeur nette, nous avons décrit le procédé employé.

Contre-indications

Il convient d'ailleurs mieux de signaler les contre-indications à cette opération, puisqu'elle est justifiée dans tous les autres cas.

1° Les polypes sous-muqueux proéminent dans le vagin sont justifiables d'une opération (polypectomie) vaginale.

2° Les fibromes sous-muqueux avec col dilaté et vagin large sont dans le même cas.

3° Les myomes pédiculés sous-péritonéaux seront enlevés par le procédé suivant : au lieu de sectionner la partie la plus étroite du pédicule, il vaut mieux faire une incision circulaire à l'équateur du polype, énucléer le fibrome et lier en masse le pédicule. On évitera ainsi les hémorragies que pourrait occasionner la suture de l'excision du pédicule.

4° La dégénérescence maligne de l'utérus ou du fibrome rendra tous les droits à l'hystérectomie totale.

5° Les fibromes du col avec proéminence vaginale prédominante seront extraits seuls (myomectomie) ou avec l'utérus (hystérectomie) selon le cas.

Avantages

Partout ailleurs l'exentération des fibromes est une opération plus simple, plus bénigne que toutes les opérations jusqu'ici réalisées, n'exposant pas au

shock car il n'y est pas fait de section vasculaire ou nerveuse, pas une seule ligature.

On peut en effet reprocher à l'énucléation classique de multiplier les incisions à la face externe de l'utérus en cas de fibromes multiples, de faire autant d'incisions dans le péritoine périutérin qu'il y a de tumeurs, de nécessiter par suite un grand nombre de sutures souvent délicates et de laisser un utérus complètement déformé et sans cohésion, au point que des opérateurs ont été amenés (RICARD dans un cas de ce genre) à terminer par l'hystérectomie. MONT-PROFIT qui pratique volontiers l'énucléation des fibromes, dit lui-même, que « si l'utérus est bourré, farci de fibromes, si on doit ne laisser qu'une loque utérine, il faut faire l'hystérectomie ». Dans l'exentération le péritoine est fort peu intéressé, tout se porte sur la muqueuse. Or on sait comme celle-ci se régénère bien et rapidement après l'accouchement ou un curettage par exemple.

L'utérus, après l'opération de M. CHAPUT, se rétracte comme dans l'énucléation, mais tandis que dans celle-ci la rétraction a plutôt tendance à ouvrir les cavités dans le péritoine, dans celle que nous venons de décrire, les cavités ainsi exprimées se resserrent sur elles-mêmes et évacueraient leur contenu dans le vagin, si par hasard l'une d'elles avait saigné plus que de coutume. Grâce à cette rétraction, le péritoine et les couches musculaires les plus externes de l'utérus étant intacts, celui-ci reprend très vite sa forme et ses dimensions normales.

L'exploration de l'utérus est facilitée par l'incision large de la face antérieure, ce qui permet de voir et de palper toutes les tumeurs, et d'enlever les plus petites, causes des récidives amèrement reprochées par M. HARTMANN aux partisans de l'énucléation.

Enfin, nous savons que l'énucléation est contre-indiquée pour les tumeurs très volumineuses (dépassant le volume du poing pour le P^r Pozzi), les tumeurs multiples, chez les femmes après la ménopause en cas d'annexite ou de fibromes dégénérés. Nous venons de voir que ces contre-indications n'existent pas pour l'exentération.

Objections à l'Exentération

1°) *Elle exposerait à l'éventration ?*

Cela n'est pas exact si l'on enlève les drains au bout de 48 heures. En cas d'ablation tardive des drains, il y a de l'éventration, mais l'ablation tardive peut toujours être évitée, le drainage par le vagin étant suffisant après l'ablation des drains sus-pubiens au bout de quarante-huit heures.

2°) *L'Exentération expose au sphacèle et à l'infection de l'utérus ?*

C'est une erreur. Grâce au drainage abdominal et vaginal, combinés aux lavages oxygénés, le sphacèle a toujours été évité dans nos observations.

Justification du mot Exentération

Le mot exentération de l'utérus signifie évidemment de l'utérus. En effet, par l'incision en côte de melon, non seulement nous énucléons les fibromes mais encore nous diminuons le volume et l'épaisseur de l'utérus, nous le réduisons à une coque mince.

Cette opération est donc bien différente de l'ancienne énucléation abdominale à incisions multiples. L'opération de M. CHAPUT n'est pas très différente de celle de M. TUFFIER, et le mot exentération leur convient à toutes les deux.

La pratique de M. CHAPUT diffère de celle des autres auteurs parce qu'il généralise l'emploi de l'exentération et qu'il la considère comme la méthode de choix à tout âge, à l'exception des fibromes compliqués de cancer, et des polypes ou petits fibromes très accessibles par le vagin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mine R., 38 ans, fleuriste.

4 juillet 1911 ; exentération d'un fibrome utérin du volume du poing.

Par l'incision en côte de melon on pratique l'évidement de la paroi antérieure de l'utérus sans ouverture de la muqueuse.

On ne perçoit pas d'autre tumeur, il est inutile d'ouvrir l'organe, on fait alors 4 points de suture au catgut qu'on fixe au péritoine pariétal.

Drain abdominal qu'on a enlevé 48 h. après.

La malade sort le 4 août complètement guérie.

L'anesthésie lombaire a été employée pour toutes les malades.

Celle-ci présentait de l'albumine dans les urines. Ce n'est pas une contre-indication.

OBSERVATION II

Mme T... , 48 ans.

Femme attribuant les troubles dont elle souffrait (douleurs, métrorrhagies) à une ménopause difficile vient consulter à Lariboisière où on lui trouve un fibrome utérin.

Le 3 octobre 1912, exentération.

L'utérus est largement incisé sur sa paroi antérieure jusqu'au vagin.

Quatre points de suture en U au catgut de l'utérus ; autoplastie du péritoine vesico-utérin sur la suture utérine.

Drain utéro-vaginal. — Le drainage a été tenté au moyen d'une sonde de Pezzer qu'on a introduite dans l'utérus et qui traverse la paroi abdominale et le pansement. Mais le lendemain on eut de grandes difficultés à introduire de l'eau oxygénée, car cette sonde était facilement écrasée par les bords rétractés de la plaie utérine. Quoiqu'il en soit, la malade guérit facilement et sortit de l'hôpital le 24 octobre 1912.

OBSERVATION III

Mme D... 40 ans, plumassière.

12 décembre 1912 ; fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Exentération sans ouverture de la muqueuse.

Suture de l'utérus qu'on fixe à la paroi abdominale par des fils en U.

Sortie le 9 janvier 1913.

Cette femme a repris ses rudes occupations.

OBSERVATION IV

Mme L... 46 ans, ménagère.

13 mars 1913. Utérus volumineux bourré de fibromes. Evidement des parois antérieure et postérieure.

Drainage abdomino-vaginal. La malade est sortie le 5 avril.

Elle est actuellement encore en convalescence dans sa famille. Elle est enchantée du résultat opératoire.

OBSERVATION V

Mme C..., 33 ans. Obèse, pèse 100 kilog.

Le 3 avril 1913. Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Exentération à travers la paroi antérieure, drainage abdomino-vaginal, fixation de l'utérus au péritoine pariétal. Dès le lendemain de l'opération la malade présenta des phénomènes inaccoutumés : Température élevée, pouls fréquent, dyspnée. L'auscultation dénota quelques foyers de congestion pulmonaire, des épistaxis se renouvelaient tous les deux ou trois jours, pas de toux. On avait affaire à des poussées d'embolie. Et la congestion des bases persista pendant une vingtaine de jours ; l'état général déclinait petit à petit quand un mois exactement après l'opération, la région fessière devint douloureuse, rouge fluctuante, et un abcès du volume du poing s'évacua spontanément à l'extérieur. La plaie abdominale était en bonne voie de guérison, et l'état général à partir de ce moment

s'améliora de jour en jour. Nul doute que cet abcès ait joué le rôle d'un abcès de fixation. Aujourd'hui la malade est en tous points dans un état satisfaisant.

OBSERVATION VI

Mme L..., 41 ans.

17 avril 1913. Gros fibromes utérins, état général affaibli.

Ouverture de la paroi : incision médiane de la peau, paramédiane du grand droit, ponction à la sonde cannelée du péritoine et incision.

L'utérus attiré au dehors, isolé sur un lit de compresses, est gros, plusieurs tumeurs sont nettement visibles à la face antérieure et postérieure. Incision de la face antérieure ; on enlève facilement 3 masses fibromateuses ; ouverture de la cavité ; un fibrome sous-muqueux de la face postérieure est enlevé sans difficulté à travers une petite incision de la muqueuse.

Dilatation, par l'abdomen, du col utérin aux bougies de Hégar.

4 points de suture en U au catgut sont placés aux extrémités et sur les bords de la plaie utérine, on introduit un drain utéro-vaginal, un drain utéro-abdominal ; on relie les sutures utérines au péritoine pariétal, on refait la paroi.

Le lendemain, lavage par le drain abdominal. Le surlendemain de même, puis on enlève le drain. La malade est guérie.

En somme, c'est une exentération type.

OBSERVATION VII

Mme D... 38 ans.

8 mai 1913. Polype sphacélé de la cavité utérine, du volume d'une orange.

Chez une femme obèse à vagin étroit avec utérus haut fixé et non abaissable.

Exentération. Curettage de la cavité utérine, à travers l'ouverture abdominale.

Dilatation du col aux bougies de Hégar.

Drainage abdomino-vaginal. L'utérus n'a pas été suturé en prévision de la suppuration possible. On a simplement fixé l'utérus à la paroi abdominale par 4 points en U au catgut et drainé la cavité utérine par l'incision de la paroi abdominale.

La malade est en voie de guérison.

Discussion des Observations

Nous ne prétendons pas fournir ici une statistique importante, mais plutôt mettre sous les yeux des exemples d'utérus fibromateux rencontrés dans un service depuis dix mois. Ces exemples sont frappants par leur diversité même, car on a vu successivement :

a) des fibromes de la paroi antérieure enlevés par le moyen de l'incision elliptique préconisée, sans ouverture de la cavité utérine ; donc inutilité de dilatation préalable du col ;

b) des fibromes multiples siégeant dans toutes les parties de l'utérus ayant nécessité l'ouverture de l'utérus. C'est alors qu'on a dilaté le col utérin et réalisé le drainage abdomino-vaginal ;

c) l'exentération a été appliquée avec succès à un polype sphacélé ; on a cureté facilement et au grand jour les parties malades de l'utérus qu'on n'a pas suturé ;

d) toutes nos malades ont pu être retrouvées : elles travaillent ou sont actuellement en convalescence. Le résultat opératoire est excellent. Les douleurs et métrorrhagies ont disparu. Pas une n'a d'éventration ;

e) on peut se rendre compte ainsi, que la chirurgie des fibromes est un vaste champ où peut s'exercer l'ingéniosité du chirurgien et que la méthode des opérations conservatrices voit ses limites reportées très loin de par l'exentération.

CONCLUSIONS

I. L'exentération de l'utérus fibromateux consiste à extraire tous les fibromes dont est bourré l'utérus par une incision en côte de melon de la paroi antérieure de l'utérus, à drainer par le vagin et par la voie sus-pubienne après avoir suturé l'utérus au péritoine pariétal.

II. Cette opération est très avantageuse chez les malades dont l'état général est défectueux, parce qu'elle ne sectionne pas les vaisseaux et nerfs du ligament large et qu'elle ne choque pas les malades. Elle permet la conservation des ovaires, de la menstruation, et la possibilité de la grossesse.

III. Elle est contre-indiquée pour les fibromes avec cancer, pour les polypes sous-muqueux facilement accessibles et pour les fibromes du col utérin.

IV. Elle peut être employée avec avantage pour toutes les autres variétés de fibromes, pour lesquelles elle constitue la méthode de choix.

Vu : *Le Président de thèse,*
PAUL RECLUS.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. Thèse Paris 1900-1901. N° 385.

LOUBET. — Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins. Thèse Paris 1901-1902. N° 319.

KELLY et CULLEN. — Myomata of the uterus. Philadelphia 1909.

MONPLAISIR. — Indications de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes de l'utérus. Thèse Paris 1912-1913. N° 161.

HENRY CARRET. — Torsion des pédicules fibro-utérins sous-séreux en dehors de la grossesse. Thèse Lyon 1911-1912.

NICOLSKY. — Evolution et complication des fibro-myomes utérins. Thèse Paris 1912-1913. N° 145.

POURKO. — Etiologie et pathogénie des fibromes. Thèse Paris 1912-1913. N° 227.

HARTMANN. — Gynécologie opératoire. G. Steinheil. 1911.

ALBERT EDUARD. — Lehrbuch der chirurgie und operationslehre. Wienn. Urbann. 1886.

BRISAUD, PINARD, RECLUS. — Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée. (P M C) Masson et Cie 1911.

FRANKENSTEIN. — Ueber die Bedeutung der Resectio bei Myoma zur Erhaltung der Menstruatio nach der Operatio. Arch. f. Gyn. Berlin, 1907.

ALBERT (Ramon). — Hystérectomie abdomino-vaginale, méthode de Péan dans le cas de fibromes utérins. Thèse Paris 1892-1893. N° 97.

JAYLE. — Effets physiologiques de la castration chez la femme. (Revue de Gynécologie et chir. abdominale de Pozzi). 1897. p. 403.

POZZI. — De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. Thèse d'agrégation, Paris. 15 juillet 1875.

— Traité de Gynécologie clinique et opératoire (Masson et Cie). 4^e édition. 1905.

BOURSIER DE LA ROCHE. — Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses du vagin. Thèse Paris 1906-1907. N° 370.

PAUCHET. — Revue internationale de médecine et de chirurgie. 10 septembre 1899.

BOURSIER. — Précis de Gynécologie (collection Testut). 2^e édition. (O Doin, édit.) 1908.

TUFFIER et DE ROUVILLE. — Rapport au XV^e Congrès international de médecine. Lisbonne 1906.

WINTER. — Die Wissenschaftlichen Grundlagen der Conservativen Myomoperation. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Stuttgart 1904.

RAOUL GRAF. — Zur Frage der konservativen Myomoperation. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Stuttgart 1907.

VAUTRIN A. — Du traitement chirurgical des myomes utérins. Thèse d'agrégation 1886 (section de chirurgie).

TÉMOIN. — Communication à la Société de Chirurgie 4 mars 1896.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, Paris, F. Alcan, 1904.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction.....	9
II. Considération sur l'anatomie macroscopique des fibromes utérins.....	11
III. Considérations sur le traitement des fibromes utérins.....	15
Indications opératoires.....	15
Traitements médicaux.....	17
Traitement électrique.....	18
Traitement radiothérapique.....	18
Traitements chirurgicaux palliatifs	19
L'hystérectomie vaginale.....	20
L'hystérectomie abdominale totale et subtotale.	21
Opérations conservatrices.....	24
Polypectomie vaginale.	
Enucléation ou myomectomie vaginale.	
Polypectomie abdominale.	
Enucléation abdominale.	
IV. Technique de l'exentération.....	29
Préparation de la malade.	

Anesthésie lombaire.....	29
Instruments.	
Incision de la paroi abdominale.....	31
Examen de l'utérus.	
Incision de l'utérus.....	32
Ablation des fibromes.....	33
Toilette de la cavité utérine.....	34
Drainage.	
Traitement de l'ouverture utérine	35
Réfection de la paroi.	
Pansement.....	36
Soins consécutifs.....	37
V. Indications de l'exentération.....	39
Indications selon l'âge.	
Indications d'ordre anatomique.	
VI. Contre indications.....	44
VII. Avantages.....	41
VIII. Objections à l'exentération	45
IX. Justification du mot exentération.....	47
X. Observations.....	49
XI. Discussion des observations.....	55
XII. Conclusions.....	57
XIII. Bibliographie	59

